

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/23656>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

De zweep, de wortel en de muziek

Ed van Hoorn over symmetrie en asymmetrie in de arts-patiëntrelatie

Godelieve van Ieperen en Rita Schepers

Als koepelorganisatie vinden wij de begripsmatige verbinding tussen patiënt en consument essentieel. Bevrustere patiënten zijn geen gevaar voor het systeem. Vraag je de Nederlandse bevolking wat zij aan solidariteit wil opbrengen, dan is dat altijd meer dan in Den Haag wordt gedacht. Er is helaas een soort mythe in omloop dat cliënten van de zorg zo weinig mogelijk willen betalen; dat patiënten zoveel mogelijk uit de gezondheidszorg willen slepen. In onze achterban treffen we deze teneur echter helemaal niet aan. Daar wil men juist een tegengewicht bieden tegen het kale 'redden wie zich redden kan' of het akelige economisme van 'hou de groep waarmee je solidair bent zo klein mogelijk'.

Aan het woord is Ed van Hoorn. Als sociale wetenschapper, filosoof en ervaringsdeskundige is Van Hoorn al enige tijd hoofd van de afdeling belangenbehartiging van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NP/CF). Deze koepel van koepels van patiëntenorganisaties heeft drie grote afdelingen: belangenbehartiging, consultatie en educatie, en ontwikkeling van informatieprodukten. Wij gingen met Van Hoorn in discussie over de theorie en praktijk van patiënten/consumentenvertegenwoordiging en de relaties tussen patiënten en medische beroepsbeoefenaars die momenteel aan sterke veranderingen onderhevig zijn.

In het artikel 'Wat wil de patiënt' schrijft u dat de 'dokter ontsokkeld' is. Waar leidt u dat uit af? Sommige cynici menen dat doktoren gewoon een ander jasje aangetrokken hebben, maar zeker nog niet van hun voetstuk zijn gekomen.

Voor beide stellingen valt veel te zeggen, beide zijn tot op zekere hoogte waar. Naar mijn idee voltrekt de emancipatie van de patiënt zich op zijn minst in twee fasen. In eerste instantie gaat het om een *herstel van symmetrie tussen dokter en patiënt*, symmetrie in omgang, status en positie. De democratisering van medische kennis heeft in het herstel van deze symmetrie een grote rol gespeeld. Medische kennis kun je tegenwoordig overal vinden: in encyclopedieën, op televisie. Hierdoor is de monopolistische claim van doktoren op zulke kennis aan het verdwijnen. Ook de democratiseringsbeweging en de opkomst van het consumentisme wijzen op een ondergraven van traditionele gezagsverhoudingen en op een grotere assertiviteit

van de gebruiker, die waar voor zijn geld wil. De symmetrie is onder andere af te leiden uit het toegenomen fatsoen: doktoren zijn weer mensen geworden, die gewoon kunnen praten, hun fouten kunnen erkennen en gevoel kunnen tonen. Maar grote ontwikkelingen gaan nu eenmaal niet over een monorail. Enerzijds is er dus een zichtbare symmetrisering van de verhoudingen, maar niet zelden zien wij ook een terugval in een vorige fase. Neem de 'dokter als poortwachter'. Dat geroep om zo'n sterke poortwachtersfunctie zou ons wel eens vijftien jaar terug kunnen zetten. Vele ontwikkelingen zijn dus ambivalent, maar in grote lijnen zien we mijns inziens een herstel van de gelijkwaardigheid. 'De sprekende patiënt' is een structureel begrip geworden. Patiëntenrechten, klachtrecht, de kwaliteitsontwikkeling, het persoonsgebonden budget zijn alle gangbare instrumenten om doktoren zover te krijgen hun macht te delen.

Wij spreken in dit verband vaak van de zweep, de wortel en de muziek in de dokter-cliëntrelatie. Als *wortel* zou kunnen gelden, dat het eigenlijk voor doktoren een winst zou moeten zijn dat zij niet langer meer als plaatsvervangers van God hoeven op te treden, dat de oude torenhoge pretenties losgelaten mogen worden. Hiermee zou toch een last van menige schouder moeten vallen. De *zweep* van de patiëntenorganisatie is een beeld om aan te geven dat men kan sturen met koopkracht. Wij kunnen duidelijk maken dat wanneer bepaalde dingen niet gebeuren, dit vervelende gevolgen kan gaan hebben: claims, verlies van inkomen en maatschappelijke status. De *muziek*, ten slotte, staat voor het steeds weer hardop laten horen dat het om belangrijke argumenten gaat.

Een dokter kan dan wel het nodige over het lichaam, 'de machine', weten, maar daarmee is hij nog geen beter mens; laat staan dat hij al te veel morele oordelen over het leven van een ander mag vellen. Laatst hoorde ik een jonge dokter in een discussie nog beweren: 'Ja, maar dat is een subjectieve ervaring van die patiënt'. Op zo'n moment denk ik: kennelijk is het nog steeds niet doorgedrongen. Kennelijk is het nog steeds niet duidelijk dat dat nu juist de enig geldende ervaringen in de gezondheidszorgsector zijn. Er is geen ultieme objectiviteit waarop je je kunt beroepen. In de zorg moet het gaan om het dienstbetoon aan die ene, individuele patiënt.

Ziet u naast de ontwikkelingen van symmetrisering ook strategieën ontstaan om die tegen te gaan? Zijn er tekenen van nieuwe asymmetrie?

Het afgrendelen van medisch-technische kennis zie ik nog wel als zo'n tegenbeweging. Dat is het laatste bolwerk waarop de dokter zich terugtrekt en roept: jullie mogen mij op alle gebieden bekritisieren maar voor mijn soort vakbekwaamheid moet je toch gestudeerd hebben.

De echt grote problemen inzake symmetrie liggen echter minder op het individuele niveau dan op het culturele macroniveau. Ik zei al dat de emancipatie van cliënten in de zorg zich in fasen voltrekt en symmetrisering slechts een eerste beweging is. *Een belangrijke tweede fase is cultureel*. Die heeft te maken met de acceptatie van de onontkoombaarheid van het lijden en de eindigheid van het leven. Dat wordt in onze cultuur enorm verdrongen met als gevolg dat de verwachtingen ten aanzien

van de gezondheidszorg extreem hoog zijn. Repareerbaarheid en maakbaarheid van gezondheid zijn onbetwiste ideeën geworden. Er lijkt bij ziekte vaak maar één reflex te bestaan: beter worden. Ondanks alle lippendienst aan het tegendeel verhardten zich daarmee vormen van uitstoting: nog steeds wordt de druk vergroot om alles wat niet gezond is te marginaliseren. De herziening van de Ziektewet en de WAO zijn hiervan recente illustraties. Een dergelijke maatschappelijke druk maakt het zeer moeilijk om de tweede fase van emancipatie succesvol af te sluiten.

Dit treft vooral chronisch zieken?

Mensen die chronisch ziek zijn gaan vaak tot op zekere hoogte mee in het medische bedrijf. Dan breekt er echter een moment aan waarop men beseft: 'nu is het genoeg, nu doe ik het zelf.' Dat is het moment waarop men gaat kijken of de eigen situatie niet beter als een begin van een nieuw leven dan als een eind van een oud leven kan worden beschouwd. Je zou het doktoren soms wel willen toeschreeuwen: 'Kijk daar nu ook eens naar'. Christelijke mensen zeggen soms 'de schepping is gebroken.' Die beschrijving vind ik heel treffend. Maar op zulke breuken staan in onze cultuur wel straffen: geen inkomsten, geen werk. Waar we dus in termen van mondigheid vooruitgang boeken en onze macht op politiek niveau ook nog steeds toeneemt, ontbreekt de doorbraak op het culturele niveau.

Een van de strategieën van de NCZPF is het bevorderen van de soevereiniteit van de patiënt. Beschikbaarheid van informatie en verantwoordelijkheid zijn daarbij onontbeerlijk. Hoe moet dit gestalte krijgen?

Er zijn meerdere aspecten van soevereiniteit. Om te kunnen kiezen moet er wel iets te kiezen zijn. Dat is echter een probleem in een schaarse markt. Neem vrije artsenkeuze, dat is toch vaak een lachertje. Huisartsenkeuze is gebonden aan regels, zoals de regel dat je in een waarneemgroep niet van arts kunt veranderen. Dat betekent voor mensen in kleinstedelijke en plattelandssituaties een veroordeling tot één arts. Ook voor ziekenhuizen is er vaak geen keuzevrijheid.

Ten tweede – een stokpaardje van mij – is er de verdeling van de verantwoordelijkheid tussen arts en patiënt. Ik denk dat wij terug moeten naar het dualisme in de zorg. Daarmee bedoel ik te zeggen dat doktoren zich dienen te beperken tot waar ze deskundig in zijn: in de 'techniek' van het lichaam. Daar ligt hun grote kracht. Het is fout gegaan op het moment dat medici zich te zeer op hun manier gingen verdiepen in de menselijke geest en in de moraliteit van ons handelen. Waar ik een voorstander van ben is dat doktoren tegen hun patiënten zeggen: 'Ik weet iets van jouw lichaam, verder ga ik niet. Ik matig mij geen oordeel aan over jouw leven, ook niet over de morele keuzes die je moet maken'. Vooral in de psychiatrie is medische expertise te zeer verbonden geraakt met allerlei morele opvattingen over hoe de mensen zouden moeten leven.

Maar u vraagt tegelijkertijd dat mensen elkaar respectvol benaderen, dat dus ook doktoren interesse hebben voor de gehele persoon, dat er symmetrie is in de arts-patiëntrelatie.

Dat is toch geen technische benadering, maar legt toch de nadruk op persoonlijke interactie?

Wat ik vraag is een fatsoenlijke omgang en goede communicatie, maar geen oordelen gebaseerd op gebrekkige inzichten. Ik wil voorkomen dat vanuit asymmetrische verhoudingen aan mensen wordt opgelegd hoe zij moeten leven. In feite bevindt de arts zich in deze fase van de geschiedenis in het pastorale vacuüm. Allerlei zins- en zijnsvragen worden sinds de dood van God niet meer aan de dominee maar aan de dokter voorgelegd. Door hierop al te zeer in te gaan versnijdt de arts zijn medische expertise met zaken waarover hij minder zeggenschap heeft. In een waarachtig symmetrische relatie definieer je gezamenlijk en probeer je niet iemand in één bepaalde richting te duwen.

Maar kunt u zich een dokter voorstellen die wanneer mensen allerlei lichamelijke klachten gebruiken om een achterliggend probleem te presenteren zegt: 'Sorry, daar houd ik mij helemaal niet mee bezig'?

Of je het 'pastorale vacuüm' opnieuw inhoud kunt geven weet ik niet. Ik constateer slechts een groezelige vermenging van medische kennis met morele oordelen die nergens op gebaseerd zijn. Dit neemt niet weg dat ik ook wel zie dat oplossingen pas bereikt worden wanneer je vertrouwen hebt in degene die ze voorstelt. Vertrouwen is echter niet noodzakelijk verbonden met hiërarchische verhoudingen. De meeste mensen willen zelf verantwoordelijkheid dragen, een zekere autonomie behouden. Vertrouwen is belangrijk maar moet niet geplaatst worden in een verhouding waarin je bepaalde inzichten alleen maar op gezag van iemand anders zou moeten aannemen. Ook wij proberen vertrouwen te bevorderen, in lotgenotencontacten, 'peer groups'. Daar zouden hiërarchische verhoudingen moeten ontbreken.

Staat het praten in termen van 'vertrouwensrelaties' niet haaks op het vaak gehoorde spreken in termen van het 'bevorderen van individuele rechten'? Het pleiten voor meer rechten komt vaak voort uit een fundamenteel wantrouwen in de bedoelingen van anderen?

De ontwikkeling van patiëntenrechten is een onderdeel van de normalisering van de omgang tussen doktoren en patiënten. Die verhouding was in allerlei opzichten scheef en patiëntenrechten trekken dat letterlijk 'een beetje recht'. Op die manier gaan de dingen meer lijken op de alledaagse omgang tussen mensen zoals die in andere sectoren van de samenleving bestaat, tussen klanten en leverancier, tussen dienstverlener en dienstvrager. Je hebt in een winkel ook rechten en een bepaalde rechtsbescherming. In die zin zou je nu kunnen spreken van het eindelijk binnenhalen van de gezondheidssector in de alledaagse wereld. Ik zie dat niet als een reactie op een vijandige wereld, integendeel.

Welk type informatie heeft de consument bij dit alles vooral nodig? Hoe kan men zich indekken tegen de informatiervoersprong van artsen?

Mensen moeten zich vooral een beeld kunnen vormen van de kwaliteit van de zorg die hen te wachten staat. Via patiëntenorganisaties kunnen mensen zich vooraf oriënteren via het kwaliteitsoordeel van hun voorgangers over instellingen en voorzieningen. Dat is gewoon een herstel van wat eigenlijk alledaags zou moeten zijn. Een belemmerende factor in de zorg is dat mensen momenteel zelf de koopkracht nog niet in handen hebben maar dat deze via verzekeringen, budgetten en verstrekkingen loopt. De NC/PPF is groot voorstander van het persoonsgebonden budget. Daarmee herstel je de financiële relatie. We weten allen dat er een nauwe relatie bestaat tussen koopkracht, informatie over kwaliteit en concurrerende, transparante voorzieningen. Goede informatie betekent dat je als patiënt beter kunt kiezen. Bovendien produceer je daarmee waarschijnlijk ook alledaagse omgangsvormen met een dokter.

Het specifieke van de kennis van de dokter blijft echter een heikel punt. Is de kennis van de consument ten aanzien van gezondheidszorg wel zo volstrekt analoog aan de consumentenkennis over bijvoorbeeld een auto?

Als consument kan ik parameters zoeken om de kwaliteit te beoordelen. Ik kan proberen om gegevens over een bepaalde dokter op te sporen, ik kan kijken naar klachten of fona-meldingen (foutmeldingen) bestuderen. We willen niet dat medische kennis een 'black box' blijft, we willen juist op empirisch niveau nagaan wat de kwaliteit is. Het voorbeeld van de auto vind ik in meerdere opzichten verhelderend. Stel je hebt een autoverzekering, je rijdt je auto in de prak en je verzekeraar komt bij jou aan de deur en zegt 'Ik heb voor u alvast een Skoda gekocht, u bent bij mij verzekerd en ik keer u hierbij uit in natura.' Of stel je hebt net een studieverzekering voor je kind afgesloten en de verzekeraar komt naar je toe en zegt 'kunstgeschiedenis'. Dat zouden wij toch vreemd vinden. Toch gebeuren dergelijke zaken met onze verzekering voor gezondheidszorg. We betalen premie, er komt iemand naar ons toe, die ons 'Skoda' of 'kunstgeschiedenis' toeroept! Een persoonsgebonden budget geeft cliënten daarentegen de gelegenheid om zelf te bepalen wat men wil. Indien een verzekeraar wil dat ik een Skoda koop moet hij maar aannemelijk maken dat dat inderdaad de beste keuze is. In zo'n situatie moet je dus ook inzicht hebben in de technische kwaliteiten van aanbieders en daar parameters voor ontwikkelen. In de gezondheidszorg vinden wij dat dit ook moet gebeuren, maar we stuiten daar op grote problemen. Neem het voorbeeld van die organisatie die signalementen ontwikkelde voor het meten van de kwaliteit van ziekenhuisafdelingen. Deze organisatie constateerde dat ziekenhuis X het beste was. Het bleek echter al snel dat het juist over dat ziekenhuis klachten regende ten aanzien van de medisch-technische kwaliteit van de daar werkzame artsen. Met het ontwikkelen van toetsingscriteria moet je in de zorg dus heel voorzichtig en volledig zijn.

Als informatieverwerking zelfs op het niveau van organisaties die zich er dag en nacht mee bezighouden al ingewikkeld is, hoe schat u dan het vermogen tot nannegezet afgeven in bij mensen die ziek, zwak en misselijk zijn? Hoe komen die aan al de nodige inzichten?

Zeker, zieke mensen zijn vaak in paniek en vragen op zo'n moment niet naar vergelijkend warenonderzoek. Die storten zich in de armen van dienstverleners en doktoren. Wat mensen in paniek willen is reductie van onzekerheid. Die zullen zich de eerste keer niet al te kritisch opstellen, maar de tweede keer misschien wel. Wij vertegenwoordigen vooral mensen die tien, twintig, soms wel dertig jaar in het circuit van de gezondheidszorg ronddwalen. Zulke patiënten hebben meer tijd om keuzes te maken. De mate van paniek en urgentie bepaalt in niet geringe mate het kritische gehalte van de keuzes. Godzijdank zijn er patiënten die na verloop van tijd weer wat afstand kunnen nemen en zo in staat zijn om doktoren op afdelingen kritisch te screenen. Wij ondersteunen daarbij. Wij werken bijvoorbeeld mee aan certificering.

Hoe krijg je mensen zover om als patiënt zo'n kritische houding aan te nemen?

Er is al een algemeen hoger mondigheidsniveau aan het ontstaan. Men raakt meer gemotiveerd om vragen te stellen. Dit geldt ook voor mensen die zo af en toe eens ziek zijn, maar wellicht minder dan bij chronisch zieken. Via wetgeving, zoals de WGBO, wordt een aantal rechten vastgelegd, bijvoorbeeld dat mensen voorgelicht moeten worden en moeten instemmen met een behandeling. Zulke veranderingen zijn kwesties van de lange adem. Je bent bezig met een cultuuromslag die nog veel tijd zal kosten.

Waar zit het grootste obstakel?

In de mythe van de geneesbaarheid, in het idee dat het allemaal wel in orde komt als je er maar snel bij bent. Die mythe werkt als een soort Lourdes waar steeds weer kaarsjes worden aangestoken. Die grenzeloze verwachtingen, dat vind ik het grootste probleem. Een andere bedreiging is de krapte die zich momenteel aftekent, de spanning tussen wat er medisch-technisch kan en de mate waarin wij bereid zijn dat collectief en solidair te financieren.

U sprak over koopkracht, informatie en concurrentie tussen de voorzieningen. Hier doet onmiddellijk het beeld op van 'medical shopping', van patiënten die verschillende voorzieningen gaan uitproberen voor zij een beslissing nemen. Voor artsen zal dit moeilijk verteerbaar zijn zolang zij zichzelf als 'proxy'-consument zien, als iemand die met kennis van zaken een oordeel kan vellen. Maar ook voor de verzekeraars moet dit beeld onaantrekkelijk zijn want het betekent toch overmatig gebruik, verspilling van dure menskracht en voorzieningen?

Het beeld dat hier en ook in de discussies steeds weer naar voren komt is dat van patiënten die als een horde sprinkhanen niet anders willen dan méér en méér; die het systeem binnen de kortst mogelijke tijd zullen uithollen en verslinden. Daar komen die poortwachters ook vandaan. Die moeten dan een dam opwerpen alsof we ons voorbereiden op de volgende watersnoodramp. Maar de meeste patiënten willen iets heel anders. Die willen tijd, rust, informatie van de dokter om een gewo-

gen keuze te kunnen maken. Dit blijkt uit eigen onderzoek, maar ook uit recent onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Men wil geen schietgrage dokter die het receptenboekje onmiddellijk in de aanslag heeft, men wil niet 'shoppen', maar men wil wel doelbewust en weloverwogen gebruik kunnen maken van de zorg. Bij onderzoeken waar je aan gezonden vraagt wat ze zouden doen als ze ziek werden blijf je natuurlijk altijd zitten met het zogenaamde 'dilemma van de atheïst op zijn sterfbed'. Er zijn weinig mensen die in uiterste nood totaal afzien van medische zorg. Ivan Illich is wellicht een van de weinigen. Dat dilemma blijft natuurlijk bestaan.

Wij zijn er toch vooral op uit om levensterrein terug te winnen voor mensen; de overgang van een aanbodeconomie naar een vraageconomie te bevorderen.

In welke mate slaagt de NP/CIT erin een representatieve organisatie van patiënten te zijn? Kan zij in de huidige vorm wel stelling nemen tegenover de goed geöliede belangenbehartigingsmachine van de professionele organisaties?

Ons platform dat honderden organisaties vertegenwoordigt – van incidentele gebruikers tot chronische gebruikers en GGZ-organisaties – is veel minder verdeeld dan dikwijls wordt aangenomen. Inhoudelijk zijn we het heel vaak met elkaar eens. Kwesties rond orgaandonatie, het begin en einde van het leven, verdelen soms, maar over de grote lijnen zijn we het vrijwel altijd met elkaar eens.

Maar hoe ontstaat dan het beeld dat er veel interne verschillen zijn?

Dat is mij onduidelijk. Misschien omdat de buitenwacht dat graag wil, omdat men zich niet kan voorstellen dat er ergens een homogene club optreedt. We hebben jarenlang in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid met twee of drie zetels een pluriforme achterban vertegenwoordigd en dat lukte wonderwel. Trouwens, wij gaan ervan uit dat pluriformiteit noodzakelijk en nodig is; het moet nog meer bevorderd worden. Het is een van de wezenlijke kenmerken van het patiëntenperspectief.

De verzekeraars pretenderen net als u ook cliënten/consumenten te vertegenwoordigen.

Je hebt natuurlijk verzekeraars en verzekeraars. Sommigen willen binnen hun regio zo goed mogelijk inspelen op de behoeften van hun leden; anderen geven de voorkeur aan een snelle financiële afwikkeling van de rekeningen en zeggen dat dat de wens is van hun verzekerden.

Gaat ervaringskennis een veel belangrijkere systematische rol spelen, wordt er volgens u een toenemend belang gehecht aan lekenkennis?

Ik spreek nooit over 'lekenkennis'. Die term schetst een hiërarchische verhouding, tussen experts en leken. Uit het begrip 'lekenkennis' blijkt opnieuw hoezeer in de gezondheidszorg het vocabulaire door professionals wordt gedomineerd. Iets der-

gelijks zien wij ook bij de betekenis die aan de begrippen 'intramuraal' en 'extramuraal' wordt gehecht, dat ligt bij de patiënt bijvoorbeeld net andersom. Bij zeldzame ziektebeelden weten patiëntenorganisaties vaak veel meer dan de gemiddelde arts. We praten met wetenschappelijke verenigingen om met die kennis de behandelingsprotocollen te verrijken. Die kennis willen we bovendien inbrengen in de stelsel-discussie, met name als het gaat om de omvang van het pakket. Wij willen onze kennis ook bruikbaar maken voor 'Medical Technology Assessment' (MTA), dat nu vaak een volstrekt steriele, in zichzelf gekeerde affaire lijkt waar nauwelijks of geen raakvlakken zichtbaar worden met maatschappelijke processen of met hoe mensen zaken beleven of zelf definiëren. Eén voorbeeld: wanneer je gaat praten met onze mensen dan merk je dat men het vaak minder erg vindt enige functies kwijt te zijn, zolang de individuele autonomie maar in grote lijnen intact blijft en men bijvoorbeeld zelf kan bepalen wanneer men uit bed wil komen, of hoe men kan blijven werken.

Staan voor de NP/CF vooral de relaties met medische organisaties voorop of zijn andere verbanden binnen het veld van de gezondheidszorg belangrijker en effectiever?

We verwaarlozen geen enkele relatie. Maar het is vooral de *overheid* die voor ons essentieel is en blijft. Wij vinden dat de overheid zich niet uit dit terrein kan terugtrekken, zeker niet zolang er geen goede voorzieningen zijn getroffen over hoe partijen met elkaar moeten omgaan. Het is moeilijk dat je in de zorg altijd te maken hebt met politieke leerstukken; met slingerbewegingen. Lange tijd ging het in de richting van decentralisering en deregulering; daar komt men nu gelukkig weer wat van terug. De hoogste ambtenaar van Economische Zaken pleitte onlangs weer voor méér overheid. Op zo'n moment gaat er hier een zucht van verlichting door het gebouw. Van louter 'zoek het maar uit' krijg je allerlei amorfe processen waar de rijken rijker en de armen armer van worden.

In de zorg zie ik als resultaat van zulke ontwikkelingen dat de *verzekeraars* de overhand krijgen. Mevrouw Borst wil verzekeraars nu de vrije hand geven met een vrije-margeregeling. Op zichzelf is dat geen slechte zaak, maar aangezien het om collectieve middelen gaat blijft de vraag hoe dit kan worden gecontroleerd en gelegitimeerd. Verzekeraars zijn natuurlijk op een speciale manier ingebed. Men keert uit als het een verstrekking is die 'mag' van Amstelveen. Dat is vaak moeilijk. We hebben landelijk contacten met verzekeraars in de Ziekenfondsraad, bilateraal met Zorgverzekeraars Nederland (ZVN). In al onze regio's wordt er met afzonderlijke verzekeraars gewerkt. Een probleem zijn de zogenaamde 'lekkende koepels'. Dat zit ons behoorlijk dwars. Als wij met ZVN praten zeggen ze: 'Sorry, we kunnen geen zaken doen'. Als je geluk hebt kun je met een regionale verzekeraar zaken doen. Als je pech hebt blijft men boven op veel informatie zitten. Hoe meer marktwerking er is, hoe meer geheimen er ontstaan. Maar natuurlijk blijven wij met de verzekeraars in gesprek.

Daarnaast hebben wij te maken met de *beroepsgroepen*. De beroepsbeoefenaren zetten ons echter nog te vaak op een klapstoeltje. Dat gaat omlaag als ze ons kunnen gebruiken bij zaken die voor hun van belang zijn. Het gaat omhoog en we worden

vriendelijk verzocht te vertrekken zodra ze ons niet meer (willen) begrijpen of ons oordeel afwijkend is.

Er zit een vreemde strategische spanning in wat u heeft gezegd. Enerzijds streeft de NP/CF naar een versterking van de consumentenpositie van zieken. Anderzijds zien wij allerlei problemen rijzen, daar waar het consumentisme werkelijk veld wint. Zou het dan eigenlijk niet beter zijn om helemaal niet meer over consumenten te praten, omdat consumentisme zulke nare bijwerkingen heeft en allerlei associaties met commodificering oproept?

Als we strategisch denken, gaan we uit van het principe: wat werkt, doen we. In de praktijk leidt dat tot een mengelmoes van noties over regulerende overheid, marktwerking en zelfordening. Doorslaggevend is dat de individuele patiënt in alle redelijkheid kan krijgen wat hij/zij wil. Marktwerking betekent voor ons dan dat je als cliënt koopkracht en informatie hebt. Marktwerking betekent ook dat bepaalde anomalieën in de gezondheidszorg verdwijnen, bijvoorbeeld dat iemand uit de thuiszorg de plantjes binnen wel water mag geven maar de planten op het balkon niet 'want dat is buiten'. Of dat in bepaalde verpleeghuizen nog steeds zes mensen op één kamer liggen. We zullen er alles aan doen om dit te veranderen. Als dat met marktwerking gaat, prima, als 'meer overheid' het beter doet, ook goed.

Zijn er in uw aanpak instrumenten waarvan duidelijk is dat ze veel invloed zouden kunnen hebben maar die zo controversieel zijn dat het (nog) niet opportuun is om daar mee te werken?

Iedereen praat met mensen uit de naaste omgeving over de kwaliteit van hotels op een bepaalde vakantiebestemming. Dat doen patiënten in organisaties ook. 'Ga naar die dokter, naar dat ziekenhuis.' Wij proberen zulke indrukken te systematiseren door kwaliteitsinstrumenten te ontwikkelen voor ziekenhuizen, huisartsgeneeskunde, thuiszorg, zelfs voor apothekers en alternatieve genezers. De bedoeling is vooral om informatie te genereren die voor onze achterban bruikbaar is. Dit moet natuurlijk fatsoenlijk, goed en objectief gebeuren. Zo'n instrument kan echter inderdaad heel bedreigend zijn omdat het kan leiden tot een ombuiging van de patiëntenstromen. Hier heb je dus de zweep weer terug: dat blijft een machtig instrument. Wij zullen overigens nooit zeggen dat 'dit ziekenhuis' of 'deze arts' niet deugt. We spreken liever over verbeterpunten. Ziekenhuizen zouden dit in hun public relations kunnen gebruiken. Ik weet echter niet of dit al actief gebeurt.

Noor

1. Hoorn, E. van, (1995), Wat wil de patiënt. In: NP/CF, *Handboek Cliniciëntenparticipatie*, 195-212.